

名糖健康保険組合 項目一覧表

●必須項目、□医師判断項目 △任意で選択設定項目

2025年度

コースの詳細項目		基本健診	特定健診	巡回レディース	巡回特定健診
問診・ 診察・ 質問票	医師問診・理学的所見（身体診察）	●	●	●	●
	自覚症状および他覚症状の有無の検査	●	●	●	●
	問診：既往歴及び業務歴の調査	●	●	●	●
	問診：特定22項目（喫煙歴・服用歴必須）	●	●	●	●
身体測定	身長	●	●	●	●
	体重	●	●	●	●
	B M I	●	●	●	●
	腹囲	●	●	●	●
生理	血圧	●	●	●	●
	心電図（12誘導）	●	□	●	－
	眼底検査（両眼）	□	□	－	－
	視力	●	－	●	－
	オーシオメーター(1000/4000)	●	－	●	－
X線	胸部X線撮影（直接）	●	－	●	－
生化学	総蛋白（T P）	－	－	●	－
	総ビリルビン（T－b i l l）	－	－	●	－
	A／G比	－	－	●	－
	クレアチニン(C R E)	●	□	●	－
	尿酸（U A）	●	－	●	－
	尿素窒素（B U N）	●	－	●	－
	総コレステロール（T－C h o）	●	－	●	－
	H D L－c h o	●	●	●	●
	L D L－c h o（もしくはn o n－H D L c h o）	●	●	●	●
	中性脂肪（T G）もしくは随時(3.5時間以上)	●	●	●	●
	G O T（A S T）	●	●	●	●
	G P T（A L T）	●	●	●	●
	γ－G T P（γ－G T）	●	●	●	●
	空腹時血糖（B S）もしくは随時(3.5時間以上)	●	●	●	●
	グリコヘモグロビンA 1 c（H b A 1 c）	●	●	●	●
血液学	赤血球（R B C）	●	□	●	－
	白血球（W B C）	●	－	●	－
	血色素（ヘモグロビン）	●	□	●	－
	ヘマトクリット（H t）	●	□	●	－
	血小板数（P L T／P L）	●	－	－	－
	鉄（F e）	－	－	●	－
尿	尿蛋白	●	●	●	●
	尿糖	●	●	●	●
	尿潜血	●	－	●	●
	ウロビリノーゲン	●	－	－	－
便	便潜血検査	●	－	●	－
オプション	マンモグラフィ	△	△	△	△
	乳腺超音波	△	△	△	△
	子宮頸がん検診	△	△	△	△